Rok XXXIX. Kraków, 11 Sierpnia 1900. Nr. 32

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu lwowskiego.

O ostrem i podostrem zapaleniu tętnicy głównej *(aortitis acuta et subacuta)* w następstwie chorób zakaźnych.

Podał

Prof. Dr. Antoni Gluziński.

Lat temu sto, w czasie ogłoszenia przez I. P. Franka dzieła *„De curandis hominum morbis epitome“*, ostre zapalenie tętnic *(arteriitis)* odgrywało poważną rolę w całej patologii. Było to w czasach, gdy różowe zabarwienie, które tak często znajdujemy przy sekcyach na błonie wewnętrznej tętnic, zwłaszcza tętnicy głównej (aorty), uważano za dowód tego zapalenia. Zapatrywanie to dzięki nauce Pinela, Broussaisa stało się podstawą całych teoryj, które, im były ogólniejsze, tem szybciej upadły. Krytyczny umysł Läeneca, badania Trousseaua, Rigota rozwiały ten pewnik, wykazując, że różowe zabarwienie bł. wewnętrznej, to objaw pośmiertny, imbibicyjny, a wreszcie śmiertelny cios ówczesnej nauce o zapaleniu tętnic zadały wyniki prac Virchowa o zatorze *(embolia)* i zakrzepie *(thrombosis)*. Zapalenie tętnic ostre znikło zupełnie z widnokręgu nauki, znikło jednak na czas pewien, bo od dłuższego już czasu budzi się znów reakcya przeciw temu zapatrywaniu.

Anatomia patologiczna podaje nam dzisiaj obrazy przewlekłego zapalenia tętnic obwodowych, mówiąc o *endarteriitis obliterans, periarteriitis nodosa* etc. i odróżniając te obrazy od obrazów zmian, powodowanych przez zwyrodnienie naczyń *(arteriosclerosis, atheroma)*. Znamy również obrazy kliniczne, które tym zmianom nieraz towarzyszą. Mniej zgodne wyniki mamy co do ostrej sprawy zapalnej naczyniowej i jej dalszego przebiegu. Pomijając ostre sprawy ropne, które z sąsiedztwa przenoszą się na bł. zewnętrzną tętnic *(periarteriitis purulenta)* i na dalsze warstwy, dając powód do przerwania ciągłości tętnic, a obchodzące przeważnie chirurgów; pomijając wreszcie wyjątkowe przypadki ropni przerzutowych w ścianach większych tętnic (przypadek Eppingera w aorcie), faktem już jest dziś stwierdzonym, że mamy prawo mówić o ostrem lub podostrem zapaleniu bł. wewnętrznej tętnic *(endarteriitis acuta v. subacuta)*.

Zapalenie to, którego patogenezy nie znamy jeszcze dokładnie, nie ogranicza się do samej bł. wewnętrznej, lecz następczo zajmuje warstwę średnią i zewnętrzną, lub też może rozpocząć się w odwrotnym kierunku, t. j. od bł. zewnętrznej *(periarteriitis)* aż do wewnętrznej *(endarteriitis)*.

Samoistnego zapalenia tętnic ostrego lub podostrego nie znamy; jest ono zwykle następstwem choroby ogólnej ustroju, a jedyną, nie ulegającą już wątpliwości przyczyną zapalenia są choroby zakaźne. Przebiegają one klinicznie nieraz niespostrzeżenie, im też czasami zawdzięczamy te ciężkie powikłania wśród przebiegu chorób zakaźnych, gdy wystąpi zakrzep *(thrombus)* w miejscu zmienionej ściany tętnicy, a w związku z tem zgorzel odpowiednich tkanin.

I tak n. p. Potain, Barié etc. opisują przypadki zapalenia tętnic wśród przebiegu duru brzusznego, Brouardel w przebiegu ospy, Martin w błonicy, Legroux w ostrym gośćcu stawowym, Simpson w gorączce połogowej, Estander w durze osutkowym, Guttman i Leyden w przebiegu grypy (influenzy) i t. d. Zapalne te zmiany dotyczą przeważnie tętnic kończyn.

Zakażenie ściany tętnicy może nastąpić albo drogą *vasa vasorum* naczyń, a wtedy sprawa rozpoczyna się od *periarteriitis*; to też Romberg w durze brzusznym, płonicy, błonicy stwierdził w niektórych przypadkach rozmaitego nasilenia naciek zapalny w bł. zewnętrznej większych i mniejszych tętnic; albo też główny prąd krwi w samej tętnicy może przynieść szkodliwość, a więc sprawa rozpocznie się jako *endarteriitis*, bo o możliwości szerzenia się sprawy zapalnej *per continuitatem* mówiłem już wyżej.

Zapalne te zjawiska, ostre lub przyostre, mogą ustępować i sprawa klinicznie się kończy. Czy jednak anatomicznie tak samo? Wątpliwą jest rzeczą, by tętnica, uległa raz zapaleniu, wracała *ad integrum*; prawdopodobniej stan ten pociąga za sobą zmiany następcze, przewlekłe: ściana tętnic — już to dzięki zniszczeniu pewnych warstw, już to z powodu przeobrażenia ich tkanko-łącznego, oraz złożeniu w tych miejscach wytworów wstecznego przeobrażenia (soli wapniowych) staje się podatniejszą, rozszerza się jednostajnie *(dilatatio)*, lub niejednostajnie *(aneurysmata)*, a zmiany w niej znalezione odpowiadać mogą tym, które znamy, jako cechujące dla stwardnienia tętnic *(arteriosclerosis)*.

Stosunek sprawy zapalnej tętnic *(arteriitis)* do stwardnienia tętnic (arteriosclerosis) jako sprawy degeneracyjnej, to stały spór, obracający się około pytania, czy stwardnienie tętnic *(arteriosclerosis)* może być wynikiem poprzedniej sprawy zapalnej tętnic?

Zamięszanie pojęć, jakie w tym kierunku panuje, maluje się najlepiej w nazwach, używanych do dnia dzisiejszego dla oznaczenia spraw przewlekłych w naczyniach. Gdy jedni mówią *endarteriitis chronica*, wyrażając przez to swoje zapatrywanie na sam proces, który mógł się rozpocząć z początku ostro lub odrazu przewlekle, to drudzy używają nazwy *arteriosclerosis* dla objaśnienia, że sprawa ta niema nic wspól-

nego z zapaleniem. „Ich setze, mówi Schrötter[1]), die Krankheit mit dieser Bezeichnung (Arteriosclerosis) u. nicht mit der Endarteriitis chronica hierher, denn wie jetzt mehr u. mehr anerkannt wird, handelt es sich in erster Reihe um einen hypertrophischen Vorgang, nicht einen Entzündungsprocess“.

Opierając się dzisiaj na pracach Thomy i jego uczniów, którzy szeregiem badań wykazali, że cały ten proces przewlekły w tętnicach jest najprawdopodobniej pierwotnie tylko objawem niejako wyrównawczym (kompenzacyjnym), wywołanym osłabieniem sprężystości naczyń, spowodowanem sprawami życiowemi i rozmaitemi szkodliwościami, które uznajemy, jako wywołujące stwardnienie tętnic (dziedziczność, nadmierna praca, wyskok, tytoń, rozmaite stany patologiczne etc.), a do procesu tego w następstwie dopiero przyłączają się sprawy wstecznej przemiany, musimy rzeczywiście przyznać, że najczęściej proces ten nie ma łączności ze sprawą zapalną. Nie ma on jej prawdopodobnie szczególnie tam, gdzie proces jest ogólnym, a nie ograniczonym do pewnego tylko miejsca, n. p. do aorty wstępującej. Lecz w tym ostatnim przypadku, czy nie może istnieć żaden związek między przebytem ograniczonem zapaleniem tętnicy, a ograniczoną zmianą sklerotyczną?

Z rozstrzygnięciem tego pytania stoi w pewnym związku rozstrzygnięcie także sprawy, czy choroby zakaźne wogóle mogą dać powód do powstania tych spraw i jaką drogą? Nikt nie śmie dzisiaj zaprzeczyć, że tak być nie może, istnieją jednak dwa poglądy. Jedni, szukając dowodów tylko w wynikach sekcyi, w obrazie anatomo-patologicznym, nie mogąc oczywiście znaleźć niezbitych dowodów łączności między sprawą zakaźną, przebytą przed laty, a gotową sprawą, stwierdzoną w naczyniu, wyrażają się niepewnie, drudzy, do których i ja się zaliczam, uwzględniając więcej doświadczenie kliniczne, jedynie w takich razach rozstrzygające, wyrażają się twierdząco.

Opierając się tylko na zapatrywaniach Thomy, który wykazał, że rozmaite choroby podkopujące ustrój, powodują utratę elastyczności naczyń, a więc, w myśl jego teoryi, mogą dać pierwszy warunek do rozwijania się sprawy kompenzacyjnej, t. j. stwardnienia tętnic *(arteriosclerosis)*, musimy powiedzieć, że jeżeli sama sprawa chorobowa ustroju sprowadza zmianę sprężystości bez poprzednich zmian anatomicznych w naczyniach, to tembardziej to nastąpi, gdy zmiany anatomiczne powstaną, bo one tembardziej osłabią sprężystość naczyń. Sądząc bez uprzedzenia, na podstawie zebranego materyału można dzisiaj przecież powiedzieć, że choroby zakaźne sprowadzają ograniczone sprawy zapalne w naczyniach, tak w naczyniach poprzednio zdrowych, a tem łatwiej w naczyniach poprzednio zmienionych, a więc że albo mogą dać początek ograniczonym zmianom sklerotycznym, albo przyspieszyć i rozszerzyć rozwój już istniejących, a poprzedniemi szkodliwościami wywołanych tych zmian sklerotycznych.

Anatomia patologiczna, zdaniem mojem, sprawy tej ściśle rozwiązać nie zdoła. Dokonując sekcyi w kilka lub kilkanaście lat po przebytej chorobie zakaźnej i znajdując gotową sprawę sklerotyczną w jakiemś naczyniu, z obrazu anatomicznego nie stwierdzimy przecież, czy w tem naczyniu przed laty podczas zakaźnej choroby nie powstały jakieś zmiany i czy ten proces nie wtedy wziął swój początek.

Badając z drugiej strony zwłoki człowieka, zmarłego wśród choroby zakaźnej, znajdujemy albo nieznaczne świeże zmiany zapalne, rozumie się bez możności powiedzenia, co z nich po latach byćby mogło, gdyby ten ustrój wyszedł zwycięsko z choroby zakaźnej, albo obok dawnych zmian sklerotycznych znajdujemy sprawę świeżą, a wtedy tylko o powstawaniu łatwiejszem sprawy jednej obok drugiej mówić możemy.

Klinika i tylko klinika może tu dać pewniejsze wskazówki. A ponieważ ograniczoną sprawę sklerotyczną najczęściej stwierdzamy w tętnicy wstępującej i łuku tej tętnicy, ponieważ często proces ten widzimy tu najwięcej rozwinięty, lub nawet do tej części układu naczyniowego ograniczony, dlatego też, nie wspominając już o ważności samego naczynia, na tę część układu naczyniowego, na tętnicę główną (aortę), powinna być zwróconą przeważnie uwaga klinicystów. Jeżeli choroby zakaźne, drogą zajęcia ścian tętnicy głównej, grają jaką rolę w rozwoju spraw sklerotycznych tętnicy głównej, to powinniśmy też stwierdzić zboczenia w tej części układu naczyniowego wśród trwania, lub wkrótce po przebiegu choroby zakaźnej.

Ta ostatnia uwaga musi naturalnie odnosić się do wszystkich pojedynczo branych naczyń tętniczych; powody jednak wyżej wymienione, brak klinicznych cech dla spraw zapalnych naczyń w tętnicach obwodowych (z wyjątkiem skutków zakrzepu tam powstałego), każą się nam i z tego także powodu zająć przeważnie samą tętnicą (aortą), a zwłaszcza jej częścią wstępującą i łukiem.

Przechodzę w ten sposób do głównego przedmiotu, o którym chciałem mówić, t. j. do zapalenia tętnicy głównej *(aortitis)* wśród chorób zakaźnych i do stosunku tej sprawy do późniejszych zmian sklerotycznych.

Pierwszem zadaniem w sprawie tej jest rozstrzygnięcie pytania: czy możemy wogóle mówić o zapaleniu tętnicy głównej (aorty) wśród chorób — i czy ją klinicznie rozpoznawać możemy?

Zapalenie tętnicy głównej *(aortitis)* tak często przyjmowane wraz z zapaleniem innych tętnic w czasach Franka, Pinela, Broussaisa etc. znikło z horyzontu nauki tak samo, jak i zapalenie tętnic (*arteriitis*) wogóle. Starałem się wykazać poprzednio, jak w ostatnich czasach nastała reakcya i że dzisiaj, na innych naturalnie podstawach i w zakresie nieporównanie mniejszym, zmuszeni jesteśmy przyjąć istnienie zapalenia tętnic *(arteriitis)* i to albo rozpoczynającego się od tkanki otętniczej *(periarteriitis)*, gdy n. p. zakażenie idzie drogą *vasa vasorum* i szerzącego się przez błonę środkową ku błonie wewnętrznej, lub też rozpoczynającego się odwrotnie od błony wewnętrznej, gdy zakażenie nastąpiło głównym prądem krwi. Główna zasługa w podniesieniu całej sprawy zapal. tętnicy głównej *(aortitis)*, by dla niej stworzyć i anatomiczną podstawę i kliniczny obraz, należy się bezsprzecznie Francuzom. Nie chcę tu przytaczać całej historyi tych świeżo rozwijających się zapatrywań, które po większej części przyjęte zostały przez badaczy francuskich, z powątpiewaniem zaś oceniane przez badaczy niemieckich. Stan ten dzisiejszy nauki o „aortitis“ charakteryzują najlepiej następujące dwa zdania:

[1]) Erkrankungen der Gefässe, Specielle Pathologie u. Therapie v. Nothnagel. T. XV. Wien 1899.

„Grâce a ces travaux, mówi Oettinger[2]), grâce aussi aux recherches experimentales, l'existence et la nature de l'aortité sont aujourd'hui des faits indiscutables; et si l'on ne donne plus à cette affection la valeur et l'importance que Frank et ses successeurs voulaient lui attribuer, elle n'en constitue pas moins une lésion dont l'anatomie pathologique et les symptômes sont parfaitement définis".

„Eine andere aber Frage ist die" odpowiada niejako na to Schrötter[3]), „ob man nach Ausscheidung dieser ganz seltenen Fälle, die noch mit keinen charakteristischen Symptomen hervorgetreten sind, die Aortitis als eine selbständige, aus bestimtem Erscheinungen erkennbare, einen typischen Verlauf zeigende Erkrankung aufstellen kann? Eine solche Annahme muss auch heute noch verneint werden".

O ile zdanie Oettingera jest za apodyktyczne w jednym kierunku, o tyle Schröttera w drugim. Rozbierając cały dotychczas nagromadzony materyał, sekcyjny i kliniczny, musimy powiedzieć, że o ile w literaturze francuskiej jest pewna dążność podciągnięcia wielu zmian, zwłaszcza przewlekłych, toczących się w tętnicy głównej, względnie w tętnicach, do wspólnego punktu wyjścia ich, t. j. do zapalenia, o tyle znów autorowie niemieccy (nie wszyscy) zbyt są wymagający, kładąc wszystko na karb sprawy zwyrodnienia. Gdy w pierwszych, wobec ich stanowiska, etyologia *aortitis* schodzi się z etyologią miażdżycy tętnic, i tu leży cały, zdaniem mojem, błąd zapatrywania, stąd pochodzi pomięszanie obrazów anatomicznych i utrudnienie ustalenia pojęcia, to drudzy, odrzucając słusznie to stanowisko, odrzucają zarazem i sam fakt istnienia sprawy, jak to widzieliśmy w przytoczonem zdaniu Schröttera ze strony klinicznej lub w następującem zdaniu anatomopatologa Marchanda[4]) „Die Existenz einer selbständig auftretenden acuten Entzündung der Arterien (der Aorta u. Pulmonalis) etwa nach Art einer acuten Endocarditis muss stark bezweifelt werden". A jednak i w piśmiennictwie niemieckiem nie brakuje nam danych, stwierdzających anatomicznie fakt istnienia sprawy zapalnej w tętn. głównej. Nauwerck i Ejrich w pracy swej[5]) stwierdzają fakt jej istnienia, zestawiając znane opisy i przytaczając swoje dwa spostrzeżenia, jedno odnoszące się do kobiety, 41 lat liczącej, zmarłej wskutek posocznicy *(graviditas extrauterina)*, drugie, kobieta 40-letnia wśród ropnicy (*pyaemia)* po przebiciu wyrostka robaczkowego.

Ziegler[6]) w swojem dziele wyraża się już bardzo zbliżenie do zapatrywań autorów francuskich mówiąc: „In der *Aorta* kommen solche Processe Z. Th. unter denselben Bedingungen wie die acute Endocarditis, also bei Gelenkrheumatismus und pyämischen Infectionen vor; können auch gleichzeitig mit Endocarditis auftreten und dürfen danach auch ätiologisch in eine Linie mit denselben gestellt werden".

Tak zatem i w piśmiennictwie niemieckiem mamy dane anatomiczne, stwierdzające niezbicie, że sprawa zapalna w tętn. głównej istnieje i wystąpić może wśród chorób zakaźnych.

W tym kierunku nie brakuje nam już dzisiaj, podobnie jak to się stało dla zapalenia wsierdzia i prac doświadczalnych, wykazujących, że i u zwierząt można w odpowiednich warunkach wywołać sprawę zapalną w tętnicy głównej.

Gilbert i Lion[7]) raniąc poprzednio aseptycznie błonę wewnętrzną tętn. głównej i wstrzykując *bac. typhi*, wywoływali *aortitis* prątkiem duru brzusznego i paciorkowcami.

Therese[8]) w szeregu doświadczeń otrzymał nacieki drobnokomórkowe naokoło *vasa vasorum* w tętnicy głównej *(periaortitis)*, Crocq[9]) stwierdził, że samo zranienie aseptyczne błony wewnętrznej, jak również samo wstrzyknięcie bakteryi, pozostaje bez wpływu, gdy natomiast równoczesny uraz błony wewnętrznej i zakażenie sprowadzają zmiany zapalne. Dla wywołania zatem sprawy zapalnej potrzeba i zakażenia i *punctum minoris resistentiae* naczynia, które przy doświadczeniu powstaje przez uraz, klinicznie zaś, albo przez poprzednio już istniejącą zmianę, lub przez poprzednie zaburzenia odżywcze.

Wreszcie Bainet i Romary[1]) rozszerzyli o tyle swe poszukiwania, że badali wpływ zakażenia [wśród rozmaitych warunków, nie tylko urazu, lecz i przewlekłych zatruć ołowiem, rtęcią, wśród wstrzykiwania kwasu moczowego, wywoływania cukrówki (phloridziną)], jak również badali nie tylko działanie samych prątków, lecz i ich toksyn i doszli do wniosku, że wszystkie te sprawy sprowadzają *locus minoris resistentiae* w tętn. głównej i ułatwiają powstanie spraw ostrych i przejście spraw ostrych w przewlekłe. (C. d. n.)

II. O wstrząśnieniu błędnika usznego *(Commotio labyrinthi)*.

Podał

Dr. Rafał Spira.

Wybrałem temat ten z tego powodu, że w podręcznikach otyatrycznych bywa on przeważnie albo pominięty zupełnie, albo też pobieżnie i powierzchownie tylko obrabiany. A przecież jest on bardzo ważny i to nietylko pod względem praktycznym, lecz jeszcze więcej sądowolekarskim. W rzeczy samej rozprawa ta zawdzięcza swoje źródło przypadkowi sądowo-lekarskiemu, który z różnych powodów był dla mnie pobudką i zachętą do opracowania tego przedmiotu.

Wstrząśnieniem błędnika w ściśłem słowa znaczeniu nazywamy czynnościowe zaburzenie błędnika usznego, wywołane przez jakikolwiek uraz, jeśli dla wyjaśnienia tych zaburzeń ani wolnem okiem ani drobnowidowo żadnych zmian anatomicznych wykazać nie możemy, a tem samem zmuszeni jesteśmy przyjąć zboczenia ściśle czynnościowe. W omówieniu tego cierpienia nie uwzględniam różnicy między zaburzeniem w samym błędniku a w n. słuchowym, gdyż odróżnienie to, jak dotąd, jest bardzo trudne i po części niemożliwe; pod

[2]) Traité de médecine par Charcot, Bouchard et Brissaud, T. V. str. 443.

[3]) l. c. str. 16.

[4]) Real. Encykl. der ges. Heilk. v. Eulenburg, T. I. str. 702 wyd. II.

[5]) Zur Kenntniss der verrucösen Aortitis. Zieglers Beiträge zur path. Anat. u. allg. Path. v., 1889 str. 49.

[6]) Lehrb. der path. Anat.

[7]) Arterites infectieuses experimentales. Soc. de biol. 1889.

[8]) Etude anat path. et experimentale sur les artérites secondaires aux maladies infectieuses. Thése de Paris 1893.

[9]) Contribution a l'etude experim. des artérites infect. Arch. de Med. 1894.

[1]) Recherches experim. sur les aortites. Arch. de med. exp. m. K. 1897.

względem zaś praktycznym ma tylko bardzo małe znaczenie.

Etyologia. Do przyczyn zewnętrznych, mogących spowodować wstrząśnienie błędnika, zaliczyć należy różnego rodzaju urazy, które dla lepszego przeglądu dzielimy na trzy gromady, a mianowicie:

I. Urazy, które sprowadzają wstrząśnienie całego ciała, jak upadnięcie, albo mniej lub więcej silne poruszenie ciała całego, n. p. przy huśtaniu się, jeżdzie koleją, powozem, okrętem albo konno, dalej w tańcu, rażeniu piorunem, trzęsieniu ziemi, popchnięciu i t. p.

II. Silne i nagłe ruchy lub wstrząśnienie samej tylko głowy, jak uderzenie głową o twardy przedmiot, bicie po głowie, strzał, nagłe pochylenie się, obrócenie głowy itp. Tu należy też elektryzowanie głowy.

III. Bezpośrednie lub pośrednie wstrząśnienie samego narządu słuchowego zdarza się przypadkowo przy pewnych zabiegach leczniczych i przy pewnych wahaniach ciśnienia powietrza. Najważniejszą rolę odgrywają tu często się powtarzające, długo trwające, albo też jednorazowe, nagłe wrażenia słuchowe, jak zadziałanie silnych i nagłych dźwięków, wybuchu, strzału, wysokich tonów, jak dzwonienie, gwizd lokomotywy, a przy istnieniu idyosynkrazyi także zadziałanie pewnych, niekoniecznie głośnych albo rażących tonów, szmerów, dźwięków. Dalej tu zaliczyć wypada nagłe zgęszczenie lub rozrzedzenie powietrza w uchu środkowem, albo w przewodzie ucha zewnętrznym, jak wpędzenie powietrza do ucha środkowego sposobem Politzera za pomocą cewnika albo metodą Walsalwy; dalej ucisk na skrawek, policzek, wykonanie aspiracyi w uchu zewnętrznem zwierciadełkiem Siegla, albo aspiratorem Delstanchego, nagłe opuszczenie miejsca, posiadającego powietrze zgęszczone, silne wytarcie nosa, kichanie i t. p. Do podobnych przyczyn należą przestrzykiwania ucha, zwłaszcza nagłe i zimną wodą, dotknięcie zgłębnikiem błony bęb. lub pewnej części wewnętrznej ściany jamy bębenkowej, n. p. wzgórza; nagłe dostanie się do ucha ciał obcych, szczególnie owadów żyjących, nareszcie prąd elektryczny z powietrza, uderzający w przyrząd telefoniczny, używany podczas nawałnicy.

Objawy spostrzegane przy wstrząśnieniu błędnika są bardzo cechujące. W pierwszym rzędzie wymienić należy zawrót głowy *(Vertigo auralis)*. Objaw ten jest tu tak wybitny i tak znamienny, że brak jego jest w pewnych przypadkach najważniejszą wskazówką, przemawiającą przeciw zajęciu błędnika. Chory nagle doznaje uczucia, jak gdyby wszystkie otaczające go przedmioty się poruszały, wirowały, albo jak gdyby podłoga pod nogami jego się obniżyła lub wahała, albo wreszcie, jak gdyby głowa jego się kręciła. Straciwszy zdolność zoryentowania się i równowagę, chory zatacza się, szuka oparcia, chwyta się rękami blizkiego przedmiotu, by się utrzymać na nogach, albo też upada. Zawrót głowy zmusza go nieraz do zajęcia pewnego położenia ciała, najczęściej na wznak. W postawie leżącej zawrót ustępuje, albo się tylko zmniejsza. Chory nie może głowy podnieść, obrócić się, a nawet ócz otworzyć. Czasem musi się dłuższy czas utrzymywać w jednem położeniu, gdyż najlżejsza zmiana albo próba zmiany położenia może wywołać wzmożenie się zawrotu, a nawet zemdlenie i upadnięcie chorego. Jeden chory znosi tylko leżenie na wznak, drugi tylko na jeden albo drugi bok; zawsze jednak położenie poziome przynosi ulgę. Rzadziej występuje krótkotrwała utrata przytomności, częściej padanie na bok, ku przodowi albo ku tyłowi.

Bardzo często zawrót ten połączony jest z nudnościami w różnym stopniu, od lekkiej mierźliwości i ckliwości, od zrywania na wymioty, do silnego dławienia i wymiotowania, które zwykle następuje przy końcu napadu. Rzadko tylko przyłącza się także biegunka.

Często, ale nie zawsze, pojawiają się zaburzenia w czynności nerwu słuchowego, a mianowicie przytępienie słuchu w różnym stopniu od lekkiego niedosłyszenia aż do zupełnej głuchoty i to z cechą głuchoty błędnikowej, o której niżej będzie mowa. Między 91 przyp. głuchoniemoty nabytej wykazał Barneck 15 r. uraz jako przyczynę, a 2 razy rażenie piorunem. Obok upośledzenia słuchu dają się nieraz zauważyć różne inne zaburzenia czuciowe w zakresie n. słuchowego, jak przeczulica, słyszenie podwójne *(diplacusis echotica d. dysharmonica)* lub fałszywe (*paracusis*). Przypadki zaburzenia słuchu wskutek wstrząśnienia po urazie przytaczają Hard, Urbantschitsch-Politzer, Roosa, Delié, Gradenigo, Biehl i. i. Mniej częste są wrażenia słuchowe podmiotowe. Chory słyszy dzwonienie, szum, szmery, gwizdanie lub dźwięki najrozmaitszego charakteru i nasilenia w uchu albo w głowie. Wrażenia te są stałe, albo przepuszczające, napadowe, przy pewnych tylko sposobnościach i bardzo nieregularnie przez długi czas występujące i trwające. Niekiedy chory słyszy znane mu przykre lub przyjemne śpiewy, rzadziej mowę ludzką, co nieraz może nabrać charakteru omamów słuchowych.

Przypady, dotychczas wymienione, są najgłówniejszymi objawami zajęcia błędnika usznego i stanowią tak zwane objawy Menierowskie, czyli objawy błędnikowe. Jednakże nie przy każdem wstrząśnieniu błędnika znaleść się muszą one wszystkie razem. Bardzo często są tylko zawroty głowy i nudności; w innych znowu przypadkach postępująca utrata słuchu jest jedynym objawem jednorazowego albo często się powtarzającego wstrząśnienia błędnika. Spostrzegano też przypadki, gdzie jedynym objawem urazu błędnika było słyszenie podwójne. Nierzadko daje się spostrzegać nagłe zblednięcie twarzy, zemdlenie, utrata przytomności i różne objawy w narządzie wzrokowym, jak migotanie, ciemność przed oczami, drżenie gałek w kierunku poziomym, pionowym, albo wirującym, przeważnie przy patrzeniu w przeciwną t. j. zdrową stronę, wreszcie zdarza się widzenie podwójne i ból głowy Czasem pojawia się lękliwy wyraz twarzy, skóra zimna, okryta potem. Objawy te mogą prędko przeminąć, napadami się powtarzać, albo też przebieg jest przewlekły z mniejszem nasileniem i przemijającemi zaostrzeniami. Dalej zaznaczyć należy, że mogą się one pojawiać bezpośrednio po urazie, albo też jakiś czas później, jak w przypadku Kaufmanna analogicznie do pojawiających się w jakiś czas po urazie dopiero pourazowych zmian anatomicznych, jak udar opóźniony (Spätapoplexie), wiąd rdzenia, stwardnienie rozsiane, syringomyelia, urazowe próchnienie stosu pacierzowego i t. d. W tych przypadkach, w których równocześnie nastąpiło wstrząśnienie mózgu, przypady przytoczone stanowią częściowy objaw ogólnego obrazu chorobowego.

Trwanie, nasilenie i przebieg tego cierpienia zależą od rodzaju i nasilenia przyczynowych zmian patologicznych w błędniku, o których niżej pomówimy i które nie są zależne od rodzaju i siły urazu, lecz raczej od mniejszej lub większej

odporności całego wstrząśniętego ustroju, lub tylko jego błędnika usznego i to bądź stale istniejącej, lub też tylko w chwili działania urazu.

Patogeneza. Po wyłuszczeniu przyczyn zewnętrznych i objawów nasuwa się z konieczności pytanie, jaki związek istnieje między temi przyczynami, a ich skutkami? W jaki sposób tłómaczyć należy te objawy na podstawie wymienionych powodów? Jakie i gdzie zachodzą zmiany, które pociągają za sobą przytoczony obraz chorobowy? Tutaj napotykamy na najtrudniejsze zagadnienie etyologiczne. Aczkolwiek poszukiwania i badania ostatnich dziesięcioleci dużo przyniosły światła w tym zakresie, to przecież zostało jeszcze dość luk i braków, czekających na wyświetlenie i dość często nie jesteśmy w stanie pogodzić z sobą wyników badań klinicznych z wynikami anatomo-patologicznymi. Z tego też powodu w tym nas obchodzącym dziale, musimy często dla wytłómaczenia patogenezy choroby zadawalniać się raczej teoryami i przypuszczeniami, wnioskami, opartymi na porównaniu danych analogicznych i znanych nam z patologii chorób innych narządów, niż niezbitymi i wykazalnymi dowodami naukowymi.

Co do siedziby tych zmian, to z natury rzeczy wypadałoby szukać wyjaśnienia przedewszystkiem w badaniach anatomo-patologicznych i w doświadczeniach fizyologicznych. Co do pierwszych, to zdobycze naszych poszukiwań w tym kierunku są zbyt szczupłe. Sam fakt, że wstrząśnienie błędnika nie pociąga za sobą zejścia śmiertelnego, pozbawia naukę wyników oględzin pośmiertnych, któreby mogły lukę tę wypełnić; tam zaś, gdzie objawy te utrzymywały się przez dłuższy czas, a wśród nich śmierć nastąpiła, nie idzie już rzecz o samo wstrząśnienie błędnika, gdyż zaszły tu ważniejsze uszkodzenia anatomiczne, jak wynaczynienie krwi do mózgu albo do błędnika, zapalenie opon mózgowych i następowe zmiany w błędniku, które już nie dają jasnego i niedwuznacznego obrazu zmian, powstałych skutkiem samego tylko wstrząśnienia. Prócz tego badania anatomo-patologiczne doprowadziły do sprzecznych wyników. Gdy w jednych przypadkach znaleziono pewne zmiany anatomiczne w błędniku, zabrakło ich zupełnie w innych, mimo wybitnych objawów Ménierowskich za życia, a znowu w innych istniały zmiany patologiczne w błędniku, mimo zupełnego braku odpowiednich objawów za życia. Pozostaje jeszcze droga doświadczalna. Na tej drodze Verworn, Goltz, Flaurens, Kreidl, Brener i inni wykazali na zwierzętach, że utrzymanie równowagi ciała zależy od całości przewodów półkolistych, że uszkodzenie ich błony sprowadza zaburzenia w równowadze i Brener doszedł na podstawie swych wywodów i doświadczeń morfologicznych do przekonania, że mamy w przedsionku błędnika narząd zmysłowy dla równowagi, co zresztą już stwierdził wcześniej pierwszy Goltz. Doświadczenia, wykonane na ludziach zdrowych i chorych przez Kreidla, Pollaka i in. utwierdziły to przypuszczenie. Stosownie do swego stanowiska w tej sprawie różni badacze obdarzyli przyrząd łukowaty różnemi mianami jak: „zmysł szósty“ „narząd równowagi“ (Goltz) „zmysł statyczny,“ albo „narząd senzacyi ruchu,“ (Brenner) „zmysł przestrzeni“ (Cyon), „błędnik termiczny“ (Ewald), „zmysł oryentacyjny“ (Loeb) „narząd czucia obrotowego“ (Delage). Przecież doświadczenia innych badaczy, jak Hensena, Brown-Sequarda i innych, wydały wyniki przeciwne i doprowadziły do wniosku odmiennego, mianowicie, że i ta część błędnika bierze udział w czynności słuchowej (dla percepcyi szmerów, albo kierunku dźwięku). Do tego zdania zdaje się przychylać także T. Heiman z Warszawy.

Nie tu miejsce dla rozwodzenia się nad sprzecznymi wynikami i spornemi zdaniami, w które obfituje piśmiennictwo, a które nam kolega Zanietowski tak jasno i przeglądowo przedstawił w Towarzystwie lek. krak. *(Przegląd lek., 1898)*. Może na żadnem innem polu naukowem nie panuje taki chaos teoryj i przypuszczeń, taka pstra rozmaitość materyału doświadczalnego, kazuistycznego i klinicznego, jak właśnie w fizyologii błędnika usznego. Dość na tem, że wobec różnicy wyników sprawa ta i na drodze doświadczalnej nie została jeszcze zupełnie wyjaśnioną i pozostanie ponoś jeszcze na jakiś czas sporną. Ze względu na tak niezgodne i sprzeczne twierdzenia i wyniki badań najwybitniejszych powag, jesteśmy skazani, chcąc zapełnić luki w wyjaśnieniu obchodzącego nas zagadnienia, uciec się do przypuszczeń, opartych na anatomii i fizyologii i spostrzeganiu klinicznem.

Z anatomii wiemy, że błędnik, a mianowicie narząd łukowaty, pozostaje przez nerw przedsionkowy w związku z móżdżkiem. Dane fizyologiczne i spostrzeżenia kliniczne uprawniają nas do zdania, że móżdżek, tak jak błędnik, jest siedzibą t. zw. zmysłu równowagi, względnie, w pewnem znaczeniu, zmysłu słuchowego. Zarzuty, podniesione przez Hensena przeciw Ewaldowi, że ten niby „szósty zmysł“ objawia się nam tylko przez objawy zawrotowe i złudzenia oryentacyjne nawet w warunkach prawidłowych, przy pewnych ruchach i ułożeniach głowy, podczas gdy głuchoniemi, według badań Kreidla i Pollaka, są od tych zaburzeń wolni i że lepiejby było dla nas obejść się bez tego zmysłu, — są niesłuszne. Na to możemy odeprzeć, że wszakże i inne zmysły pośredniczą nam w wywołaniu przykrego wrażenia, jak bóle przez zmysł dotykowy, ostre zapachy, gorzki smak — przez zmysł węchu, względnie smaku, podczas gdy naprzykład człowiek porażony i cierpiący na pewne choroby nerwowe wolny jest od tych uczuć nieprzyjemnych. Dalej zarzuca H., że wszystkie oddawna znane zmysły zdradzają swoje istnienie wyraźnie i dobitnie i że n. p. utrata słuchu aż nazbyt dotkliwie daje się we znaki, podczas gdy ten rzekomy zmysł szósty zawsze pozostawał w ukryciu, a został dopiero odkryty przez fizyologów i że jego utrata mało stosunkowo daje się odczuwać. Ale właśnie pojmowanie nasze móżdżku, jako ośrodka tego zmysłu, który także bez błędnika może wprost za pośrednictwem nerwów obwodowych uregulować utrzymanie równowagi i przypuszczenie, że narząd półkolisty jest tylko narządem pomocniczym i obwodowym tego ośrodka, wyjaśni nam, dlaczego cierpienie nerwu przedsionkowego, stojącego w związku z móżdżkiem, wywołuje zaburzenia równowagi, a dlaczego z drugiej strony brak przedsionka nie sprowadza całkowitej utraty poczucia równowagi, gdyż ośrodek tego zmysłu w móżdżku może objąć czynność zastępczą. W ten sposób zarzuty te Hensena stają się bezprzedmiotowymi. Należy tylko jeszcze zaznaczyć tę różnicę między tym zmysłem a innymi, że te ostatnie mają narządy obwodowe, które wyłącznie pośredniczą w dostarczeniu swoistych wrażeń zmysłowych, a po utracie tych narządów i zmysły zostają zniszczone, podczas gdy narząd w mowie będący nie jest wyłącznym pośrednikiem tych wrażeń, skoro te ostatnie mogą dostać się do świadomości,

choć nie tak dokładnie, za pośrednictwem innych nerwów i móżdżku.

Przeciwnicy zmysłu równowagi, jak Steiner, Tomaszewicz, Bagińsky i in. czynią zaburzenia, występujące po uszkodzeniu lub w schorzeniach błędnika, zależnemi nie od przewodów półkolistych, lecz od zmian w odpowiednich ośrodkach nerwowych. Tymczasem znane doświadczenia Kreidla z magnesem rzucają także światło na spostrzegane zaburzenia równowagi po uszkodzeniu błędnika, a wykluczając możliwość powikłań ze strony ośrodka nerwowego, jakie zarzucano innym doświadczeniom, prawie nie zostawiają wątpliwości co do czynności tego narządu. Tak samo ostatnie spostrzeżenia kliniczne Jansena i Lucaego również nie pozwalają prawie wątpić, że zawrót głowy pozostaje w związku z przewodami łukowatymi. Z tego wszystkiego musimy wnosić, że błędnik, względnie przedsionek, stanowi obwodowy narząd zmysłu statycznego, którego ośrodek znajduje się w móżdżku. Zboczenia równowagi jakoteż słuchu mogą być uwarunkowane tak samo przez zaburzenia w błędniku, jak również i w ośrodkowym układzie nerwowym. Gdy jednak wrażenia słuchowe dostają się do ośrodka nerwowego wyłącznie za pomocą nerwu słuchowego, statyczny ośrodek nerwowy nie zależy w swojej sprawności wyłącznie od wrażeń, otrzymanych za pomocą narządów półkolistych w błędniku, lecz dostaje on także jako ośrodek odruchowy wrażenia z obwodu, doprowadzone drogą dośrodkowych nerwów obwodowych skóry, ścięgien, stawów i ócz i to nie tylko za pośrednictwem błędnika, lecz też bezpośrednio przez owe nerwy.

Móżdżek służy jako ośrodek kojarzenia dla ruchów mięśniowych; jego czynność stoi pod wpływem odruchowym n. przedsionkowego, narządu wzrokowego i wszystkich dochodzących do niego dróg czuciowych i kinestetycznych. Swoiste oddziaływanie jego na otrzymane bodźce polega na uregulowaniu popędów mięśniowych. Objawy zawrotowe mogą być wywołane przez zajęcie tych narządów końcowych, dróg doprowadzających, jakoteż narządu ośrodkowego, a mogą też zostać do pewnego stopnia wyrównane przez owe narządy ruchy wyzwalające (ekscytomotoryczne). W ten sposób, w braku błędnika, słuch jest stracony; równowaga zaś może być częściowo jeszcze utrzymana, gdyż błędnik zostaje po części zastąpiony przez móżdżek, czucie dotykowe, wzrok, w chorobach zaś narządu łukowatego zmiany nerwu przedsionkowego sprowadzają, jako ciągły bodziec za pośrednictwem móżdżku, zaburzenia równowagi, względnie przy równoczesnem zajęciu ślimaka także zboczenia słuchowe.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Działanie lecznicze światła elektrycznego w różnych stanach patologicznych, a głównie w chorobach układu nerwowego.

Podał

Dr. Mieczysław Nartowski.

(Ciąg dalszy).

Przechodząc do omówienia zestawionych powyżej przypadków, otrzymałem na 75 leczonych zupełne wyleczenie w 58 przypadkach, poprawę w 14, a tylko w dwóch przypadkach macinnictwa i w jednym dychawicy nerwowej *(asthma nervosum)* nie osiągnąłem pomyślnego wpływu działania kąpieli w świetle elektrycznem, co dowodzi, że nie może tutaj być mowy o poddawaniu, ale o dodatnim wpływie światła elektrycznego na przebieg powyższych spraw patologicznych.

Do leczenia zatem w świetle elektrycznem nadają się w pierwszym rzędzie wszelkiego rodzaju sprawy gośćcowe, nawet te, gdzie mamy do czynienia z wysiękami, które pod wpływem zwłaszcza opromieniania nadzwyczaj szybko ustępują.

Że sprawy patologiczne ustępują tutaj nietylko pod wpływem wydzielania się znacznej ilości potu, ale że w leczeniu odgrywa znaczną rolę i światło, przemawia za tem i ta okoliczność, że w tych przypadkach, gdzie innego rodzaju kąpiele ciepłe i potne nie usunęły cierpienia, kilka kąpieli w świetle elektrycznem i opromienianie dały zawsze bardzo dobry wynik, a znakomite ich działanie w postrzale i to już po jednorazowem zastósowaniu, stawia je w pierwszym szeregu między metodami fizycznego leczenia.

Działanie światła w dnie polega na chemicznej przemianie; pod wpływem światła sole kwasu moczowego mogą być wydzielone zarówno moczem, jak potem. Badanie moczu po kąpielach w świetle elektrycznem wykazuje wzmożoną ilość kwasu moczowego, a wiadomem jest, że kwas moczowy może dać powód do zapalnego podrażnienia nerwów.

Ze spraw patologicznych układu nerwowego należy najpierw wspomnieć o dodatniem działaniu światła na różnego rodzaju bóle nerwowe, zwłaszcza tam, gdzie użyjemy światła niebieskiego, a w przypadkach ciężkich i opromieniania; dalej w neurastenii i histeryi, w której bardzo dobrze działają zwłaszcza kąpiele świetlne łukowe. Niemniej przy odpowiedniem i umiejętnem zastósowaniu światła możemy osiągnąć znaczną poprawę i w innych sprawach patologicznych, jak n. p. w chorobie Basedowa, w pląsawicy, w zapaleniu rdzenia, w różnych porażeniach i t. p., a w wiądzie rdzeniowym nawet zupełne ustąpienie bólów strzelających.

W cierpieniach, polegających na zmianie chorobowej we krwi, jak n. p. w blednicy, niedokrewności i t. p. również dobre wyniki daje światło, wpływając na pomnożenie czerwonych ciałek krwi i zwiększenie hemoglobiny, co zresztą zostało już udowodnionem licznemi doświadczeniami, przeprowadzonemi w tym kierunku. Światło działa tutaj o wiele lepiej i szybciej na poszczególne składniki krwi, aniżeli przetwory żelaza, arszeniku i soli chinowych, i to nietylko w powyższych przypadkach, ale w zimnicy (Winternitz). Działanie jego polega tutaj na skrzepiającej własności światła, która opanowuje skłonność do danego cierpienia przez zadziałanie na osłabione krążenie i unerwienie, a tem samem o tyle przeobraża przemianę materyi, że opanowuje przemianę wsteczną i przyspiesza wyrównanie zmian patologicznych; hartując zaś skórę, usuwa możność zaziębienia i jego następstw, wpływa ujemnie na drobnoustroje, zmniejszając nietylko ich jadowitość, ale i ułatwiając ich wydzielanie się z ustroju.

Że światło wywiera znaczny wpływ na zniszczenie plasmodyów zimniczych, dowodzi ta okoliczność, że zimnicę i tak zw. febrę żółtą daleko lepiej znoszą rasy żółte w okolicach równikowych, aniżeli rasa biała.

Co się tyczy chorób serca, to nietylko nie są one przeciwwskazaniem dla kąpieli w świetle elektrycznem, ale mogą być znacznie złagodzone przez odprowadzenie znaczniej-

szej ilości krwi ku skórze, a tem samem przez opanowanie następstw, pochodzących z zaburzeń wyrównania, jak obrzęki i puchliny, a zmniejszenie liczby tętna w świetlnej kąpieli elektrycznej łukowej należy odnieść do podrażnienia światłem nerwu błędnego. Nie mniej otłuszczenie serca, zdarzające się tak często w ogólnej otyłości, nie jest przeciwwskazaniem dla zastósowania kąpieli w świetle elektrycznem dla jej usunięcia, którego jeżeli nie osiągniemy w zupełności, to w każdym razie usuniemy znaczną ilość przypadłości, związanych z nią ściśle, że tylko wspomnę o usunięciu duszności, ogólnej ociężałości i niezdolności do żadnej niemal pracy.

Zmniejszenie ciężaru ciała po świetlnej kąpieli elektrycznej należy odnieść nietylko do bardzo znacznej ilości wydalonej potem z ustroju wody, ale i do wzmożonej przemiany materyi, a tem samem szybkości, z jaką uchodzi z ustroju kwas węglowy i z jaką się odbywa wchłanianie tlenu, czyli przyspieszenie przeobrażeń odżywczych.

Równie do leczenia światłem elektrycznem nadają się różne sprawy patologiczne dróg oddechowych, a w pierwszym rzędzie rozedma płuc i różnego rodzaju nieżyty błon śluzowych

Skuteczne działanie światła w przebiegu gruźlicy należy odnieść do działania promieni chemicznych, które znachodzą się w znacznej ilości w świetle elektrycznem, a zwłaszcza łukowem, a które w wysokim bardzo stopniu wpływają na poprawę ogólnego stanu chorego, podniesienie łaknienia, usunięcie potów nocnych i wzmożenie ciężaru ciała. Chcąc zrozumieć ich działanie, należy uprzytomnić sobie istotę gruźlicy i wyjątkowe stanowisko prątków, których działanie tutaj jest nadzwyczaj powolne i nie zaznacza się na razie żadnymi objawami przykrymi dla chorego.

Wszak codzienna praktyka poucza, że w niektórych przypadkach gruźlicy, mimo wykazania prątków w plwocinie, ciepłota ciała nie podnosi się wcale, ale najczęściej utrzymuje się nawet poniżej stanu prawidłowego. Na odwrót, są przypadki, że mimo podniesienia ciepłoty wieczorem, a zwolnień rano, nieraz poniżej stanu prawidłowego, obok prątków gruźliczych w plwocinie znachodzą się w znacznej ilości gronkowce i paciorkowce.

Z tego wynikałoby, że same prątki gruźlicze nie podnoszą ciepłoty, to jest, że jady ich nie podrażniają układu odżywczego, ale wywołują osłabienie, czyli pewnego rodzaju niedowład odżywczy, podczas gdy przy zakażeniu mięszanem drażnią nie tylko system odżywczy, ale jednocześnie ośrodki termiczne i t. p. czynniki, wywołujące gorączkę.

Istota suchot polega na ogólnej wątłości odżywczej, która, przez bezpośrednie wpływy szkodliwe dla płuc, więcej się tu umiejscawia, a z innymi czynnikami, jak niestosunkiem pomiędzy sercem a objętością płuc, niedostatecznem odżywianiem tkanki płucnej, wadliwem odwietrzaniem płuc i częstymi w nich nieżytami, może dać powód do bezpośredniego wywiązania się sprawy patologicznej w miąższu płucnym, którą pogarsza i zaostrza wtargnięcie prątka gruźliczego lub równocześnie z nim i innych drobnoustrojów, które swoimi jadami zwiększają jeszcze ogólną i miejscową słabą odporność tkanek. Następowo już zostają prawdopodobnie zajęte włókna odżywcze nerwu błędnego, jak niemniej i właściwe ośrodki odżywcze. Przebieg tego rodzaju skombinowanej sprawy patologicznej stoi w ścisłym związku z zachowaniem się energii życiowej między osobnikiem chorym, a prątkiem gruźliczym i drobnoustrojem, wywołującym ropienie. Sprawa miejscowa odznacza się nieprawidłowym rozrostem, w którym, z powodu ogólnego i miejscowego niedowładu nerwów odżywczych, wdechanie kurzu i t. p., podtrzymuje stan przewlekłego zapalenia, będącego znakomitą glebą, na której szkodliwie dla ustroju bujać może tak dobrze prątek gruźlicy, jak inne drobnoustroje, powodując tworzenie się nowych różnorodnych tkanek, lub niszcząc istniejące.

Jakkolwiek zatem po usunięciu sprawy zakaźnej dużo zyskamy, to przecież broń nasza zwrócić jeszcze musimy i w inną stronę, gdyż punkt ciężkości leży zarówno w prątkach, jak i w samym ustroju. Środka swoistego przeciw gruźlicy niema i najprawdopodobniej nigdy nie będzie, gdyż po zwalczeniu prątka nie usuniemy choroby, ale tylko jej powikłania. Jedynie przez podniesienie energii odżywczej, przy równoczesnem atoli osłabieniu lub zupełnem zniszczeniu siły życiowej prątka gruźliczego, możemy się spodziewać dobrych wyników z leczenia i to tylko wtenczas, jeżeli sprawa patologiczna w płucach nie posunęła się za daleko, a drogi i ośrodki odżywcze nie są zbyt jeszcze zajęte; o idealnym atoli powrocie do stanu prawidłowego myśleć już nigdy nie możemy.

Szukając wśród licznych leków, przekonujemy się, że środka, działającego bezpośrednio na podniesienie zdolności przewodnictwa nerwów, — nie mamy. Dlatego to, by zapewnić ustrojowi korzystną przemianę materyi, zwrócono się do środków pośrednich, do których w ostatnich już czasach przybyło światło; fale świetlne podniecają czynność pierwoszcza, a tem samem podnoszą przemianę materyi, co jeżeli trwa dłużej, usuwa niedostatecznie utlenione wytwory przemiany materyi, powraca prawidłową alkalescencyę krwi i powoduje fizyologiczne wydzielanie się odtrutek z tkanek, odgrywających nie małą rolę w niszczeniu skutków jadu prątka gruźliczego. Prócz tego fale świetlne podniecają czynność wszelkiego rodzaju ośrodków nerwowych, a głównie zwojów odżywczych, które, jeżeli tylko nie uległy zupełnemu zanikowi z nieczynności, lub jeżeli nie zostały zanadto patologicznie zmienione, zaczynają coraz to lepiej wypełniać swoje czynności, a podnosząc napięcie życiowe w ustroju, dają możność wyrównania wszystkich zaburzeń, w nim powstałych, to jest wyleczenia. W ten sposób działa światło na podniesienie przemiany materyi.

Wracając do sposobów obniżenia energii życiowej prątka gruźliczego, względnie zniszczenia i usunięcia go z ustroju, to, jak dotąd, było to wprost niemożliwem, gdyż każdy środek, w tym celu użyty, okazał się nie mniej szkodliwym dla tkanki płucnej, jak dla samego prątka. Dopiero obecnie w świetle zyskaliśmy środek, który działając zabójczo na prątek gruźliczy, działa równocześnie dodatnio na tkankę płucną. Ze światło przenika do płuc przez klatkę piersiową, jest powszechnie wiadomem. Przy pomocy odpowiednich przyrządów możemy zadziałać światłem nie tylko na powierzchnię, ale w głąb tkanki płucnej i jeżeli zupełnie nie zniszczymy prątków gruźliczych, to potrafimy powstrzymać ich rozwój, co dla celów leczniczych jest rzeczą pierwszorzędnego znaczenia, do którego jeszcze przybywa podniesienie ogólnej energii tkanek, które stają się coraz zdolniejszemi do użycia własnej broni przeciw nieprzyjacielowi, jakim jest dla nich prątek gruźliczy. (Dok. nast.).

IV. Wyciągi.

Holzknecht. **Przyczynek do radyograficznego zachowania się patologicznych zmian aorty** (*Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 25). Autor podaje liczne zdjęcia szematyczne obrazów, otrzymywanych na ekranie przy prześwietlaniu klatki piersiowej w rozmaitych kierunkach; zwraca przytem uwagę, że przy dyaskopii strzałkowej (promienie przechodzą od tyłu ku przodowi) środkowy cień wykazuje dość często w górze po stronie lewej tętniące rozszerzenie; już na podstawie tego jednego objawu do niedawna rozpoznawano w tych przypadkach tętniaka w zawiązku, dopóki dziś już liczne sekcye nie wykazały mylności podobnego zapatrywania. Objaw ten tylko wtedy dowodzi istnienia takiego tętniaka, jeśli również i przy prześwietlaniu klatki piersiowej skośnem (promienie przechodzą od strony lewej z tyłu ku stronie prawej i ku przodowi) otrzyma się mniej lub więcej wybitne balonowato rozszerzenie, usadowione w górze na cieniu aorty. *L. W.*

Prof. Drasche (Wiedeń). **Przyczynek do rozpoznawania zatoru tętnicy płucnej.** (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 24). Autor opisuje objawy, powstające przy zatkaniu światła tętnicy płucnej, przyczem rozróżnia przypadki, gdzie albo przychodzi do zupełnego i nagłego zamknięcia drożności tętnicy, albo też, gdzie światło tętnicy płucnej powoli i częściowo ulega zacieśnieniu. W pierwszym przypadku przychodzi w krótkim bardzo czasie do zejścia śmiertelnego, w drugim zaś występują objawy duszności, sinicy, utraty przytomności, kurczów drgawkowych, którete objawy mogą szybko ustąpić, skoro przeszkoda w krążeniu zostanie usuniętą. Jako częsty i rozpoznawczo ważny objaw uważa autor szmer skurczowy w okolicy mostka, wyczuwalny i słyszalny na wysokości 3-ciego żebra. Następuje opis przypadku, w którym autor rozpoznał na 15 godzin przed śmiercią chorej zator tętnicy płucnej. Po dwóch napadach, wśród powyżej opisanych objawów, chora umarła. Sekcya zwłok potwierdziła rozpoznanie. *Dr. E. M.*

R. Kossmann i G. Zander. **Przyczynek do dezynfekcyi rąk w praktyce akuszerek.** (*Centralblatt f. Gynäkol.* Nr. 22 1900). W pracy swojej (ogłoszonej w *Zeitsch. f. Gebursthilfe und Gynäkol*, 1899, tom XLI, p. 22) wydaje Tjaden sąd nieprzychylny o chinosolu, na podstawie złych wyników, jakie otrzymał, badając bakteryologicznie ręce po odkażaniu ich tym przetworem. W odpowiedzi na tę pracę Kossmann i Zander wykazują przedewszystkiem nieodpowiednie postępowanie przy odkażaniu rąk, jakiem się Tjaden posługiwał. Autorowie ci przedewszystkiem żądają, aby ręce myte były przez 5 minut wodą ciepłą i mydłem, ale za pomocą szczotki wyjałowionej (przez wygotowanie). Szczotka bowiem niewyjałowiona nie tylko ręki w pojęciu bakteryologicznem oczyścić nie może, ale przeciwnie tylko większą ilość drobnoustrojów w rękę wetrzeć jest w stanie; następnie ma być ręka od mydła uwolnioną, bo mydło rozkłada chinosol, podobnie jak sublimat, i to najlepiej w strumieniu wody ciepłej, poczem rękę taką myć należy za pomocą szczotki wyjałowionej, przez 5 minut w 2‰ rozczynie chinosolu. Tak przygotowana ręka, według pojęć wzmiankowanych autorów, jest dla potrzeb akuszerki możliwie najlepiej wyjałowioną; zupełnie bowiem wyjałowioną ręka w żaden sposób środkami, dotychczas znanymi, być nie może.

Na poparcie tego twierdzenia autorowie podjęli próby, badając bakteryologicznie części przyskórka, zeskrobane z pod paznogci, z kątów między palcami, jako też z dłoni rąk odkażonych. Do skrobania używali wyjałowionego drutu, jakiego się używa do robienia pończoch. Dla porównania wartości 2‰ rozczynu chinosolu z 3% rozczynem karbolu robili autorowie równocześnie próby analogiczne odkażając ręce w podobny sposób zapomocą 3% rozczynu karbolu.

Próby te wykazały, że chinosol nie tylko dorównuje karbolowi, ale go przewyższa, albowiem na pożywkach, szczepionych z rąk, odkażonych 3% rozczynem karbolu, częściej drobnoustroje wyrastały, aniżeli na pożywkach, szczepionych z rąk, odkażonych chinosolem. (Nie jest nam rzeczą jasną, dlaczego autorowie, porównując wartość obu środków, badania swoje nie na jednakich warunkach dla obu środków wykonali; dla obu bowiem środków używali odmiennych pożywek; pożywki szczepione z rąk odkażonych chinosolem pozostawiali w cieplocie pokoju [mniej dogodnej dla rozwoju drobnoustrojów], pożywki zaś z karbolu w cieplocie 36°; wskutek tego wyniki tych badań za mało przekonywujące uważać należy. *(Przyp. spraw.)*. Jakkolwiek autorowie świadomi są tego, że zupełne wyjałowienie ręki zakażonej jest niemożliwe, to w zwykłych warunkach odkażanie chinosolem należy uważać za wystarczające; nigdy bowiem ręka badająca lub operująca nie jest narażoną na tarcie takie, jak przy sztucznem zeskrobywaniu przyskórka dla szczepień, aby się mogła głęboko w przyskórku znajdującymi się drobnoustrojami zakażać: z drugiej strony drobnoustroje, jakie na pożywkach wyrosły, przeważnie nie są niebezpieczne dla ustroju człowieka, a chinosol nie drażni ręki, jak karbol, nie wywołuje uczucia trętwienia i nie jest trującym; dlatego autorowie polecają chinosol, jako najodpowiedniejszy środek do odkażania rąk.

Dr. Ludwik Friedmann.

Jung. **Przyczynek do leczenia operacyjnego ciąży trąbkowej.** (*Centralbl. f. Gynäk.* Nr. 22. 1900). Autor podaje 3 przypadki ciąży trąbkowej, operowane przez siebie w klinice Martina drogą pochwy ze szczęśliwym wynikiem. W pierwszym przypadku pękniętą trąbkę J. zresekował, a w pozostałej reszcie trąbki, dla utrzymania jej drożności, błonę śluzową z otrzewną na zgłębniku szwem katgutowym zespoił; w drugim zaś przypadku poczynającego się poronienia trąbkowego, naciął trąbkę podłużnie i wyłuszczywszy zaśniad tą drogą, trąbkę napowrót zeszył. W obu przypadkach zatem usunął drogą pochwy jajo płodowe, a zarazem udało się i trąbkę zachować. Korzystając z tej sposobności, autor zabiera głos w sprawie wyboru drogi przy operacyi ciąży zamacicznej, jako też zapalnych guzów przydatków i gorąco przemawia za operacyą wczesnej ciąży zamacicznej drogą pochwy, gdzie tylko ostra niedokrewność, wielkość jaja, albo zbyt silne zrosty przeciwwskazanie stanowić mogą; podobnie i przy operacyi guzów zapalnych przydatków daje pierwszeństwo operacyi drogą pochwy, która w przypadkach ropnych guzów trąbkowych, przy możliwości ich pęknięcia, stanowczo bezpieczniejszą być musi, niż operacya drogą jamy brzusznej, a choć trudności są przy wykonywaniu pierwszej większe, to zabieg ten pozostanie zawsze łagodniejszym, a jednocześnie oszczędza się chorym wytworzenia blizny w powłokach brzusznych.

W przypadkach ropnych guzów trąbkowych, jakkolwiek przeważnie usuwać je musimy, należy się starać o ile możności o utrzymanie trąbki, zwłaszcza u młodych osób; doświadczenie bowiem uczy, że nawet daleko posunięte zmiany trąbek na tle rzeżączkowem uleczone być mogą; tem bardziej powinno się to czynić w przypadkach, gdzie guz trąbki zawiera tylko płyn surowiczy, albo jeżeli mamy do czynienia z ciążą trąbkową (naturalnie, jeżeli przynajmniej jeden jajnik jeszcze zdrowy).

Temi zasadami się kierując operowano od roku 1897—1899 w zakładzie Martina w Berlinie 9 przypadków ciąży trąbkowej, przy czem w 3 przypadkach usunięto trąbkę, w 3 nacięto ją, wydobyto jajo płodowe i zeszyto ją napowrót, a w 3 wykonano resekcyę trąbki. Wszystkie razem, z dwoma wyżej opisanymi (t. j. 11 przypadków), operowane były z pomyślnym wynikiem. *Dr. L. Friedmann.*

Walter Stoeckel. **Uwagi do pracy O. Frankla o cieście (pasta) airolowem.** (*Centralblatt f. Gynäkol.* Nr. 23, 1900). Autor, będąc w klinice chorób kobiecych w Bonn, robił doświadczenia z wszelkimi środkami, jakie były zalecane do opatrywania ran po cięciu brzusznem. Jakkolwiek wyniki, które otrzymał opatrując ciastem airolowem zgadzają się zupełnie z wynikami Frankla, uważa to jednak za błąd, ażeby korzystne lub niekorzystne wyniki gojenia się ran powłok brzusznych czynić zależnymi od jakiegoś środka, użytego do opatrunku; do takiego wywodu uprawniłyby jedynie nadzwyczajnie korzystne wyniki, otrzymywane po zastosowaniu pewnego środka przy pozostawieniu dotychczasowej techniki operacyjnej; tymczasem wyniki, otrzymywane przy użyciu ciasta airolowego wcale się nie różniły od otrzymywanych przy stosowaniu dermatolu, pod którym również doraźnie się rany goiły. Airol, używany w postaci proszku do opatrywania ran zamkniętych po cięciu brzusznem, nie okazywał wyższości nad ciastem; jedynie przy ranach sączących był lepszym, co samo przez się tłómaczy się; każdy bowiem proszek nadaje się lepiej od ciasta do wsiąkania wydzieliny, z tego jednak jeszcze o wyższości proszku nad ciastem wnosić nie można, zwłaszcza jak długo badania bakteryologiczne tego nie udowodnią.

Stosując ciasto airolowe często spostrzegał autor u operowanych zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, szczególnie policzków, w postaci czerwonych plam, a nawet owrzodzeń płytkich, które się wprawdzie łatwo przy płokaniu ust którymkolwiek środkiem ściągającym goiły, sprawiały jednak dość znaczne dolegliwości chorym. Tego przy użyciu innych leków do opatrywania ran autor nie spostrzegał. Czy objawy te występowały wskutek wydzielania się na błonie śluzowej jamy ustnej bizmutu lub jodu, zawartych w airolu, autor powiedzieć nie umie; w każdym razie objawy te skłoniły go do zaniechania airolu. Następnie robił on próby z kaolinem (porcelanką), który, jako środek mający własność wchłaniania wilgoci, bezwonny, nie drażniący skóry, nie trujący i tani szczególnie się nadawał. Próby te dały tak korzystne wyniki, że od roku na klinice tego tylko leku do opatrywania ran brzusznych się używa. Proszek kaolinu, wyjałowiony w cieplocie 130° przez dobę, nasypuje autor w grubej na 2 ctm. warstwie bezpośrednio na zeszytą, oczysz-

czoną ranę, nakrywa go płatkiem borlintu, który przymocowuje kleiną (kolodionem), następnie nakłada watę i przymocowuje paskami przylepca, dachówkowato ułożonymi. Od czasu stósowania tego sposobu nie zauważano wcale ropienia rany, a ropienie około szwów należy do nadzwyczajnych rzadkości. Jakkolwiek kaolin jest środkiem obojętnym, to przeciwgnilne jego działanie da się wytłómaczyć własnością wchłaniania wszelkiej wydzieliny, która sprzyja rozwojowi drobnoustrojów. W pochwie i na sromie środek ten niestety zastósować się nie daje.

Za ważniejsze jednak czynniki, od których zależy doraźne gojenie się ran, uważa S. odpowiednie przygotowanie chorego i materyał do szwów. Polecane przez Fritscha przygotowanie chorego już w przeddzień operacyi, a zwłaszcza stósowanie okładu sublimatowego aż do chwili operacyi, ma wielu zwolenników, często jednak stoi temu na przeszkodzie opór chorych przy przystąpieniu do golenia części płciowych, które jest bolesne i wielce nieprzyjemne. Autor używał często proszku do usuwania włosów; sam jednak przyznaje, że przetwór, którego używał, jakkolwiek był skutecznym, to jednak również był nieprzyjemny z powodu woni siarkowodoru i był drogi; prawdopodobnie środek ten działa jednak i na głębsze warstwy skóry, oraz na drobnoustroje w początkach gruczołów łojowych, dlatego wartoby wypróbować i inne podobne przetwory.

Co się tyczy materyału do szwów, autor rozpoczął próby z nićmi ze ścięgien rena, które Snegnirew tak gorąco poleca; otóż nici tych używa do szycia w pochwie z bardzo dobrym wynikiem; mają one podobne własności, jak katgut; natomiast do szwów skórnych używa silkwormu. *Dr. Ludwik Friedmann.*

Dr. Popescul. **Przyczynek do leczenia drgawek porodowych.** (*Centralblatt f. Gynäkol.* Nr. 24, 1900). Autor stósował kilka razy „bromidię“ Battlego w przypadkach drgawek porodowych, zwłaszcza w tych razach, gdzie łagodne ukończenie porodu było niemożliwe, albo drgawki po porodzie nie ustępowały, lub dopiero zaczęły występować. Skład „bromidii“ jest następujący: *Rp. Kali bromati, Chloral. hydr. aa 30,00; Extr. Hyoscyami, Extr. Cannabis ind. aa 0,25; Extr. glycyrrhiz. lign. Ph. Br. 90,00; Ol. Aurant. cort. gutt. 5.* Łyżka stołowa tego leku zawiera po 3 gramy chloralu i bromku potasowego i po 0,025 wyciągu lulka i wyc. konopi ind. Autor stósował jedną łyżkę stołową za pomocą balonika w enemie. Prawie zawsze dawka ta wystarczała do usunięcia drgawek. Można również lek ten podawać łyżeczkami po każdym napadzie; korzystną rzeczą również jednorazowo przedtem wstrzyknąć chorej podskórnie 0,03 morfiny. Jako korzystną stronę tego sposobu leczenia podnosi autor, że można go oddać w ręce położnej w przypadkach, gdzie lekarz przez dłuższy czas przy chorej zostać nie może, n. p. dla wstrzykiwań morfiny, albo gdy nieprzytomność chorej na podawanie leku przez usta nie pozwala. *Dr. L. Friedmann.*

Prof. Babes (Bukareszt). **Nowsze badania nad działaniem substancyi nerwowej w schorzeniach układu nerwowego.** (*Klinisch-therapeutische Wochenschrift* Nr. 24 i 25, 1900). Obecną rozprawą zamierza autor zawarować sobie prawo pierwszeństwa ze względu na stosowanie wstrzykiwań substancyi nerwowej w niektórych chorobach układu nerwowego. Przechodząc zaś do właściwego przedmiotu podnosi, że korzystne wyniki otrzymywał po takich wstrzykiwaniach u neurasteników, u chorych padaczkowych, jeśli tylko cierpienie nie było pochodzenia urazowego, wreszcie u melancholików; cierpiących zaś na wiąd rdzenia pacierzowego stan się nie poprawiał po takiem leczeniu. Doświadczenia, tyczące się wodowstrętu, wykazały, że zawiesina z substancyi nerwowej, otrzymana z uodpornionych na wściekliznę zwierząt lub istotnie chorych, wywiera silniejsze na tę chorobę działanie, aniżeli zawiesina z prawidłowej substancyi nerwowej. Dalsze zaś wywody autora odnoszą się do prób i badań, które nie mogą być ujęte w ramy krótkiego wyciągu. *Dr. Henryk Pisek.*

Flesch (Wiedeń). **Przypadek jednostronnej jasnej ślepoty** (*amaurosis*) **na tle histeryi** (*Klinisch-therapeutische Wochenschr.* Nr. 24, 1900). U 26-letniej kobiety rozwinęła się skutkiem przestrachu jasna ślepota, która po 3 tygodniowej faradyzacyi (10—15 minut codziennie) w zupełności ustąpiła tak, że chora powróciła do swoich zajęć codziennych. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Kraus (Grac). **Obecny stan nauki o opadnięciu trzew** (*splanchnoptosis*), (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 25 i 26, 1900). Po dłuższem a treściwem omówieniu objawów tego cierpienia zaznacza autor, że istota opadnięcia trzew zasadza się na ich nieprawidłowem przemieszczeniu (*dislocatio*). Jak z jednej strony tłocznia brzuszna, prawidłowe parcie śródbrzuszne i mięśnie powłok brzusznych ważne mają znaczenie dla ustalenia trzew, tak z drugiej strony zwiotczenie ścian brzusznych i ich mięśni, przedstawiające się w postaci rozstępu mięśni prostych lub brzucha obwisłego (n. p. u wieloródek), są głównemi przyczynami opadnięcia trzew. *Dr. Henryk Pisek.*

Kölbl (Wiedeń). **Badania nad wartością leczniczą nowego środka ściągającego „hontina“.** (*Wiener klin. Rundschau* Nr. 25, 1900). Autor stósował wyżej wymieniony środek w 44 przypadkach nieżytu jelitowego, otrzymując zawsze znakomite wyniki, z czego wnosi, że hontyna jest bardzo skutecznym przetworem w nieżytach żołądkowo-kiszkowych, nawet pochodzenia gruźliczego. Nowy ten lek przedstawia się jako brunatnawy proszek, w wodzie nierozpuszczalny, i może być podawany do 10,0 dziennie bez szkody dla ustroju. Zwykła dawka dla dzieci wynosiła 0,3—0,5—1,00, 3 do 5 razy dziennie w syropie, kleiku i t. d. (nie w mleku), dla dorosłych zaś 1,00—2,00—3,00 kilka razy dziennie. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Wassermann (Berlin). **Przyczynek do patologii influenzy.** (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 28. 1900). Podczas lekkiej epidemii grypy, panującej w pierwszych miesiącach tego roku, zauważył autor, że tylko z wielką trudnością udawało się odszukać prątki grypy w plwocinach dotyczących chorych. Śledząc za przyczynami tego objawu, stwierdzonego także przez innych badaczy, doszedł do ciekawego wyniku, że podczas tej epidemii znajdowały się wprawdzie w plwocinach znamienne dla grypy prątki, nawet w tej samej ilości, co zazwyczaj, atoli tak szybko znikały, że już po 24 godzinach zaledwie można je było odnaleźć. To dziwne zjawisko tłómaczy autor tem, że grypa, podobnie jak inne choroby zakaźne, pozostawia po sobie pewien stopień odporności, który oczywiście po krótszym lub dłuższym czasie znika, a wówczas ustrój znów jest skłonnym do nabawienia się tej choroby. Dlatego przyjmuje, że u tych 19 badanych chorych istniał jeszcze drobny zasób odporności po dawniej przebytej grypie, co wprawdzie nie zdołało być zaporą dla świeżego zakażenia, ale jeszcze wystarczyło do zniszczenia w krótkim czasie zarazka. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Schulz (Gryfia). **W sprawie działania olejku terpentynowego.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 28, 1900). Autor chcąc dociec, czy olejek terpentynowy zdoła w znacznem rozcieńczeniu wywrzeć jeszcze jakieś działanie na ustrój ludzki, wykonał szereg doświadczeń na zdrowych osobnikach, podając im codziennie drobne dawki (20 kropel) wyskokowego rozczynu (1:100, 1:1000) tego olejku. Wynik był następujący: Już po kilku dniach występowało u badanych uczucie ociężałości nad ranem, pomimo przebytego spokojnie snu, dochodzące w ciągu dnia do zupełnego zmęczenia, połączonego z bólem głowy i zwolnieniem tętna. Następnie stwierdził także autor zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego (ból w okolicy żołądka, zaparcie stolca) i narządu moczowego w postaci podwyższonego parcia na mocz przy równocześnie zmniejszonem wydzielaniu; białka jednak nie znaleziono. U dwóch wreszcie badanych pojawił się na czole, a później na wewnętrznej powierzchni ud swędzący trądzik (*acne*); jakiegokolwiek zaś działania na narząd oddechowy nie zauważono. *Dr. Henryk Pisek.*

Ott (Würzburg). **Przyczynek do etyologii włóknikowego zapalenia oskrzeli** (*bronchitis fibrinosa*). (*Münch. med. Wochenschr.* Nr. 28, 1900). Do istniejących już w piśmiennictwie przypadków dodaje autor swój, tyczący się 15 letniego chłopca, z zawodu szlifierza, u którego się to cierpienie rozwinęło. W krótkiem streszczeniu nie można uwzględnić całego przebiegu cierpienia, to jednak trzeba podnieść, że autor przyjmuje, jako przyczynę choroby, ustawiczne wdychiwanie pyłu metalowego, na które chory wskutek swego zajęcia był narażony. Nadmienić w końcu wypada, że drobnowid wykazał w tym przypadku dwoinki Frankla i gronkowce (*staphyloc. pyog. aur.*) *Dr. Henryk Pisek.*

Schittenhelm (Stuttgart). **Przypadek choroby Weila.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 28, 1900) W opisanym przypadku chorobowym podkreślić należy nagłe rozpoczęcie się sprawy, ciężkie zaburzenia żołądkowo-jelitowe i lekkie zapalenie migdałków, połączone z uczuciem drapania w gardle; te ostatnie objawy, bardzo często występujące, ani przez Weila, ani przez innych autorów dotychczas nie były wspominane. Bolesność mięśni i zmiany w nerkach, które w prawidłowym przebiegu choroby Weila w pierwszych już dniach występują — w tym przypadku pojawiły się dopiero w okresie nawrotu cierpienia. Ani krew, ani mocz zmian chorobowych nie przedstawiały. *Dr. Henryk Pisek.*

Bloch (Norymberga). **Przypadek niemoty na tle histeryi, wywołany prawdopodobnie zatruciem.** (*Münch. med. Wochenschrift* Nr. 28. 1900). Z dwóch względów jest ten przypadek ciekawy: 1) dla rzadkości samej sprawy, 2) dla przyczyny, która najprawdopodobniej niemotę wywołała. Chory bowiem (15-letni terminator tokarski) pracował w warsztacie w sąsiedztwie źle działającego pieca, wydzielającego CO, wobec czego zachodziła możliwość zatrucia, co także autor przyjmuje. Niemota w tym przypadku, pomimo wszystkich

wysiłków lekarzy, trwała 5 dni, dopiero w 6 dniu choroby chłopiec mowę odzyskał. *Dr. Henryk Pisek.*

Prof. Paul i Doc. Sarvey (Tübingen). **Badania doświadczalne nad odkażaniem rąk.** *(Münch. med. Wochenschrift* Nr. 28, 1900). Po wyczerpującem omówieniu przedmiotu na podstawie ścisłych badań dochodzą autorowie do następującego wniosku: Czyste ręce w potocznem znaczeniu — a więc pokryte licznymi zarodkami — doznają wskutek odkażania spirytusem mydlanym (według Mikulicza) takiej zmiany, że z ich powierzchni można tylko bardzo małą ilość zarodków zeskrobać; po wymoczeniu jednak rąk takich w ciepłej wodzie i kilkakrotnem mechanicznem oczyszczeniu, można z ich powierzchni w każdym przypadku otrzymać mniejszą lub większą ilość zarodków. *Dr Henryk Pisek.*

V. Korespondencye.

Paryż, 3. sierpnia.

Dążąc rozmaitymi szlakami, już na kilka dni przed rozpoczęciem posiedzeń napływali polscy członkowie kongresu do Paryża.

W szeregu innych państw i narodów, posiadających „habeas corpus“, oraz osobne biura w „Ecole de médecine“, mają Polacy własną siedzibę pod napisem „Pologne“. Nazwę geograficzną „Pologne“ i „Galicie“ pomięszano w ten sposób, że występują one aż w dwóch miejscach, jako oznaczające dwa osobne kraje. Tego pomięszania pojęć nie należy tłómaczyć optymistycznie, gdyż do tego nie ma tu najmniejszych warunków.

O liczbie ogólnej uczestników kongresu na razie trudno powziąść wyobrażenie, a tem mniej można wiedzieć, kto z cudzoziemców, ludzi wybitnych w nauce, przybył do Paryża. Lekarzy polskich do tej pory wpisało się do księgi adresowej 70; nie ma jednak wątpliwości, że jest ich może drugie tyle, lecz porwani prądem dzisiejszego życia paryskiego, wirują gdzieś w niem, jak kropla w potoku wezbranym i pędzonym żywiołową wszechenergią życia.

Zasada, na poprzednich kongresach przestrzegana, ażeby prezesowie komitetów narodowych posiadali równe prawa z delegatami państw, została przez komitet gospodarczy obecnego kongresu — złamaną. Prezesowie wszystkich komitetów narodowych nie zostali proszeni na audyencyę do prezydenta Rzeczypospolitej, ani też nie byli dopuszczeni do słowa powitalnego, pomimo uroczystych poręczeń w tym względzie, które polski komitet narodowy na piśmie posiada. Etycznej strony tej sprawy nie podnosimy, ona jest jasną; lecz musimy się zastrzedz i zaprotestować przeciw uszczuplaniu praw międzynarodowych, nabytych na kongresach poprzednich i przeciw stwarzaniu precedensu, uszczuplającego te prawa. W Moskwie komitet gospodarczy zaprosił prezesów komitetów narodowych do Petersburga dla przedstawienia się cesarzowi, a na posiedzeniach ogólnych, powitalnem i pożegnalnem, dał im głos; w Paryżu te prawa komitetów narodowych zostały nie uwzględnione. Gdy porównamy jedynowładztwo tam i prawa republikańskie tutaj, przychodzi mimo woli na myśl owa kamienica przewrócona na wystawie, zbudowana fundamentami do góry. Lecz nie spierajmy się z komitetem gospodarczym kongresu o etykę i logikę, raczej zwalmy to na fatalną liczbę porządkową kongresu (trzynastkę), a wróćmy do myśli pogodniejszych; dzięki paryskiemu komitetowi lokalnemu z dr. Motzem na czele rozmieszczeni jesteśmy przeważnie w hotelach, przez komitet wskazanych; w niedzielę zejdziemy się na wspólne śniadanie, po którem zwiedzać mamy instytucye polskie, jak szkoła polska na Batignolles, Zakład św. Kazimierza, polską Stacyę naukową i Bibliotekę polską, wreszcie Misyę polską.

Dnia 1 b. m. odbyło się w biurze komitetu czeskiego zgromadzenie delegatów i dziennikarzy słowiańskich (lekarzy); szczegóły z tego posiedzenia doniosę w liście następnym; obecnie pragnę tylko zaznaczyć, że uchwały powzięte przeważnie na wniosek delegata polskiego, prof. Wicherkiewicza, są w zupełności zgodne z postulatami naszego położenia.

W ostatniej chwili dowiaduję się od kolegów czeskich, że na świeżo zakończonym międzynarodowym kongresie prasy, prócz dziennikarzy rosyjskich, nie było nikogo z przedstawicieli żurnalistyki lekarskiej Słowian zachodnich, dla prostej przyczyny, gdyż... nikt nie był zaproszony. Na zapytanie, wystósowane do komitetu gospodarczego przez kolegów czeskich, dlaczego z tego, wrzekomo międzynarodowego kongresu prasy, zostały wykluczone całe narody, posiadające piśmiennictwo czasowe, odpowiedziano lakonicznie, że o tych stosunkach piśmienniczych Czechów, Polaków, Kroatów nic we Francyi nie wiedzą. Doskonała ilustracya do rozpraw w sekcyi prasowej IX. Zjazdu lekarskiego w Krakowie. *Dr. A. Kwaśnicki.*

VI. Stosunki lekarskie w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej.

Podał

Dr. E. F. Fronczak z Buffalo N. Y. [1]).

»Salus populi suprema lex“ było i jest hasłem lekarzy, czy to zamieszkałych w grodach starej Europy, czy też żyjących wśród napół dziewiczych jeszcze okolic krajów niedawno odkrytych. I my lekarze, osiedli i praktykujący na zachodniej półkuli świata, pracujemy pod tem samem hasłem i dążymy do tego samego celu, starając się rozszerzać ideę, że „zdrowie narodu, najwyższem prawem“ że szczęście ludu polega na tem, aby lud ten był zdrów na ciele i umyśle, zdrów fizycznie i moralnie, a wtenczas będzie szczęśliwy i silny.

Lekarze Europejscy, jako pionerzy na polu medycyny, rzadko słyszą o naszej pracy mrówczej, a także o naszem współdziałaniu dla dobra ogółu i wzbogacenia wiedzy.

„Co kraj, to obyczaj“, mówi polskie przysłowie, co kraj, to inne stosunki, inni ludzie, inne otoczenie, inne okoliczności, a tylko ten, który mógł się rozpatrzeć, który wżył się w te stosunki, tak odmienne od stosunków w „starym kraju“, ten tylko może w Ameryce liczyć na poparcie ogółu, a tem samem zdobywać wiedzę i doświadczenie i w dążeniach swoich naukowych iść za postępem.

Mówiąc o Ameryce, mam na myśli tylko Stany Zjednoczone Ameryki północnej, ten kraj obszerny i bogaty, sięgający od Atlantyku do Oceanu Spokojnego, od Kanady do Zatoki Meksykańskiej i Meksyku z dodatkiem kilku nie dawno zdobytych posiadłości, a mianowicie: Porto-Rica, Hawaii, Guamu, Filipin i dawno od Rosyi zakupionej Alaski. W kraju tym obecnie na obszarze 3,756.884 mil kwadratowych (amerykańskich), zamieszkałym przez blizko 87 mil. ludzi, praktykuje przeszło 125,000 lekarzy. Dla porównania przytaczam, że cesarstwo Rosyjskie, mające 8,660.395 mil □ — a 128,932.173 mieszkańców, ma tylko około 18,334 lekarzy; w państwie rosyjskiem 1 lekarz przypada na 7,032 mieszkańców, w ces. niemieckiem 1 lekarz na 2,197 mieszkańców, w Stanach Zj. i koloniach 1 lekarz na 696 osób, w St. Zj. samych 1 lekarz na 588 m. Stosunek to bardzo dla lekarzy niekorzystny mimo to, że w Ameryce medycyna jest względnie młodą.

W roku 1607 Dr. Wooton był pierwszym lekarzem w Ameryce. Podczas wojny o niepodległość było w koloniach amerykańskich 3 mil. ludności, około 3,505 lekarzy, pomiędzy którymi liczono 400 ludzi z wykształceniem lekarskiem. Jednakowoż już od roku 1647 w Harward i w innych miejscach wykładano medycynę, a względnie tylko anatomię.

Stany N. York w roku 1760, N. Jersey w roku 1772 pierwsze zaczęły wymagać, aby lekarze składali egzamina; w roku 1752 założono pierwszy szpital w Filadelfii, a w roku 1768 Uniwersytet w Filadelfii otworzył właściwy Wydział lekarski i od tego czasu liczymy początek szkół lekarskich w Ameryce. W roku 1810 było 6 szkół lekarskich, do których uczęszczało 650 słuchaczy. W roku ubiegłym zaś (1899) 5,725 słuchaczy skończyło amerykańskie wydziały lekarskie ze stopniem doktora wszech nauk lekarskich.

50 lat temu kursa rozpoczynały się w pierwszych dniach października, kończyły się w połowie lutego; w tym czasie były także i przerwy świąteczne i tak po dwóch kursach trzechmiesięcznych wydawano dyplomy, które świadczyły, że udyplomowany był *„Vir probatus et ornatus, in arte Medica, aeque ac chirurgica... dignus amplissimis honoribus academicis“...* Obecnie nieomal wszystkie uniwer-

[1]) Wykład w sekcyi medyc. publ. IX Zjazdu lek. i przyrodn. polskich.

sytety wymagają egzaminu dojrzałości i czterech lat (po 7 do 9 miesięcy) specyalnych studyów lekarskich. Niektóre uniwersytety jak Yale, Harward, John Hopkinsa i inne wprost żądają, aby wstępujący na wydział lekarski posiadał już stopień akademicki S. B. lub Sc. B. (bakalaureat), spędził 5 lat na wszechnicy i rok w szpitalach.

Z tego widzimy, że Amerykanie potrafią równym krokiem z Europą postępować w sprawie ulepszenia studyów. Załączam zestawienie teologii, prawa, medycyny, dentystyki, farmacyi i weterynaryi:

W roku 1899 było w Ameryce:

	Uniwersytetów	Profesorów	Słuchaczy 1899	Słuchaczy 1898	ukończyło w roku 1898
Teologia	165	1070	8093	8317	1693
Medycyna	156	5735	24119	24043	5725
Prawo	86	970	11883	11783	3110
Dentystyka	56	1513	7633	7221	1921
Farmacya	52	492	3563	3525	1122
Weterynarya	17	249	378	368	123
Pielęgnowanie chorych	377	—	8805	8695	—
Razem . .	909	10029	64474	63952	13694

Do tego trzeba dołączyć:

	Prawo	Medycyna	Farm.	Teol.
Un. w Hawanie . . .	124	98	98	0
Un. Santo Tomaso (Manilla)	558	404	51	6
W Koloniach Ameryki	682	502	149	6
„ słuchaczy		1339.		

Liczbę lat, potrzebnych do ukończenia nauki, wykazuje następujące zestawienie:

		4 lata	3 lata	2 lata	1 rok
Medycyna .	1875	0	3	72	5
„	1885	0	5	103	0
„	1897	99	49	0	2
„	1898	103	42	0	0
„	1899	141	10	2	2
Dentystyka .	1875	0	0	12	0
„	1885	0	5	13	0
„	1897	1	47	0	0
„	1898	1	49	0	0
„	1899	1	55	0	0
Farmacya .	1875	0	0	10	3
„	1885	0	0	21	0
„	1897	0	5	34	2
„	1898	1	5	35	4
„	1899	1	6	38	7
Weterynarya	1897	0	10	2	0
„	1898	0	12	2	0
„	1899	0	14	3	0

Czas wykładów w roku trwa:

	Niewiadomo albo mniej niż 6 miesięcy	6—7 mies.	7—8 mies.	8—9 mies.	9—10 mies.	więcej jak 10 mies.
Medycyna .	10	74	45	21	6	0
Dentystyka .	12	24	11	4	5	0
Farmacya .	5	16	11	10	5	5.
Weterynarya	5	5	2	4	1	0
Prawo . .	1	2	6	52	21	4
Teologia . .	0	3	37	57	54	14
Razem .	33	124	112	148	92	23

(Ciąg dalszy nastąpi)

• • •

VII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Trzy lata Pogotowia ratunkowego.

Trzy lata upływa z dniem dzisiejszym od chwili urzędowego otwarcia Towarzystwa ratunkowego w Warszawie.

Przez te trzy lata Pogotowie ratunkowe pracowało sumiennie, co widać ze statystyki 3-letniej, którą podajemy poniżej. Na czele instytucyi stoi zarząd, składający się z prezesa G. hr. Przeździeckiego, wiceprezesa prof. J. Kosińskiego, sekretarza dra J. Zawadzkiego, skarbnika p. J. Serkowskiego, oraz 8 członków zarządu: pp. S. Libickiego, M. Wrotnowskiej, adw. J. Szteynera, dra W. Stankiewicza, dra W. Szteynera, dra O. Hewelke, W. Kronenberga, W. Mazurowskiego i 2 zastępców: Z. Wasiutyńskiego i Mokiejewskiego.

Zarządza stacyą dr. Borzymowski, a liczba lekarzy dyżurnych wynosi 16, z tych 8 starszych z pensyą rb. 600 rocznie i 8 młodszych z pensyą rb. 500 rocznie. W chwili obecnej lekarzami dyżurnymi są drzy: Z. Kusociński, A. Zawadzki, M. Zaborowski, M. Barlicki, K. Jasielewicz, K. Niedzielski, Z. Grodzki, K. Łazarowicz, W. Garszyński, W. Witwiński, S. Malinowski, K. Buczyński, J. Czarkowski, S. Cykowski, P. Karpiński i A. Matkowski, którzy dyżurują po trzech od 9 rano do 1 w nocy i po dwóch od 1 w nocy do 9 rano.

W kancelaryi Towarzystwa obowiązki intendenta pełni p. F. Rembiszewski, kasyera p. S. Cygański, pomocnika intendenta p. Z. Jaszczyk, incasso załatwia związek giełdowy roboczy. Bezpłatny nadzór weterynaryjny pełni p. Z. Festenstadt.

Personal niższy składa się z 1 nadzorcy, 4 woźniców, 4 sanitaryuszy starszych, 4 młodszych, 1 zapasowego i 1 woźnego.

W chwili obecnej Towarzystwo posiada 11 koni, 4 powozy, wyjeżdżające do wypadków: „Konstanty", „Cyklista", „Warszawianka" i „Litwinka"; karetę do przewożenia chorych zamożnych za opłatą do domów zdrowia, szpitali etc. i niedawno sprawioną „Samarytankę" dla bezpłatnego przewozu chorych niezamożnych, nie uległych wypadkowi. W kufry, narzędzia i opatrunki Towarzystwo w chwili obecnej zaopatrzone jest obficie.

Członków w chwili obecnej Towarzystwo liczy 764, między nimi 1 honorowy, 9 protektorów, 6 członków czynnych i 748 rzeczywistych, opłacających po 5—100 rb. rocznie.

W ciągu lat trzech, t. j. od 22 lipca 1897 r. do dnia dzisiejszego było ogółem wezwań 16315, większość znaczna wypadków przypada na godziny dzienne: 12007 mniej, bo 4308, na godziny nocne.

Wezwania wpływały głównie przez telefon, policya wzywała w 29% ogółu wezwań, osoby prywatne w 57,2%, fabryki w 6,5% i instytucye różne w 6,8%.

Wogóle liczba wyjazdów wyniosła 11874, na stacyi udzielono pomocy osobom 3700, fałszywych wezwań było 400.

Między pacyentami Pogotowia 65% stanowią mężczyźni, 26% kobiety, dzieci do lat 15 stanowią 9,5%. Katolików było 69%, prawosławnych 3,5%, ewangelików 2,2%, żydów 17,1%.

Najwięcej wypadków było śród robotników i rzemieślników 42%, służba domowa i wyrobnicy dzienni dali 18,9%, zawody wolne 14,5%. Najwięcej wypadków zdarza się w wieku od 20—40, najmniej od 90—100 lat.

Najwięcej wypadków było w cyrkule VII, dalej idą c. III, I, XII, X, IX, IV, VIII, XI, V, II, najmniej było wypadków w cyrkule VI.

Wypadków zachorowań nagłych było 4437, między temi najwięcej napadów padaczki i histeryi. Wypadków chirurgicznych było 9912, między nimi ran od noża (kłótych i ciętych) 1910, postrzałowych 83, ran tłuczonych, stłuczeń i zmiażdżeń 6112, oparzeń 376, złamań kości 1137, zwichnięć 294. Porodów na ulicy było 104, przypadków obłąkania 59, zmarłych zastano 318 razy.

Przy ratowaniu powyższych chorych stosowano 4709 razy środki wewnętrzne — sztuczne oddechanie 63, przepłókanie żołądka 132, opatrunków na miejscu wypadku, oraz operacyj dokonano 7200, na stacyi 2819 razy.

Przewieziono uległych wypadkowi 5087 osób, z tych do szpitali 4139, do przytułków 94, do domu 8521, prócz tego przewieziono chorych, nie uległych wypadkowi 334, do domów 138, do szpitali 131, do domów zdrowia 65.

Liczby powyższe dają miarę działalności Instytucyi.

Koszt utrzymania stacyi wynosił około 30000 rb. rocznie; do tej pory ofiarność publiczna z chętną Towarzystwu spieszyła pomocą; obecnie nieco osłabła, nie wątpimy jednak, że Warszawa nie da upaść tak potrzebnej Instytucyi.

Dr Józef Zawadzki,
członek Zarządu — sekretarz.

VIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 11 sierpnia.

* XIII. międzynarodowy zjazd lekarski został otwarty w Paryżu 2 b m. przez prezydenta Rzeczypospolitej przy udziale licznych uczestników, o czem szczegóły podajemy w listach Redaktora głównego, kol. Kwaśnickiego, których druk zaczął się w dzisiejszym Nr.

* Następny międzynarodowy zjazd prasy lekarskiej ma się odbyć w Brukseli w r. 1901.

* Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu, zapisanego przez Dra Walentego Koczorowskiego: *a)* z poprzedniego konkursu: 1) Badania kliniczne i doświadczalne w sprawie dezynfekcyi przewodu pokarmowego (Badanie może dotyczyć środków nowych lub dotychczas niepróbowanych). 2) Zbadanie przyczyn zabarwienia zielonego biegunek u dzieci. 3) Zbadanie własności morfologicznych i składu chemicznego pasożytów, występujących przy: *favus, herpes tonsurans* lub *eczema marginatum*. 4) Zbadanie dokładne jednego z produktów bakteryi gruźliczych. 5) Badania bakteryologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego *(cystitis)*. 6) Badanie doświadczalne nad wycinaniem płuc *(pneumectomia)*. *b)* nowe: 7) Zmiany w naczyniach krwionośnych mózgu przy wylewach krwi do jego substancyi. 8) Gorączka aseptyczna i jej przyczyny. 9) Gruźlica kiszek ze stanowiska klinicznego. 10) Semiotyka i metodyka odruchów ścięgnistych. Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1901 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 10-ciu tematów, wyznacza się nagroda rb. 300. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami. Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *Dr. Brodowski*

* Korzystne warunki materyalne ofiaruje ministeryum lekarzom, zobowiązującym się do najmniej 6-letniej służby w austryackiej obronie krajowej. Lekarze, którzy wywiążą się dobrze z 3 wzgl. 6-cio miesięcznej służby próbnej, otrzymają po wstąpieniu do służby na stałe, 6000 koron tytułem odszkodowania za koszta studyów lekarskich. Słuchacze medycyny zaś, obowiązujący się do służby w obronie krajowej, otrzymają w czasie studyów uniwersyteckich stypendya po 1000 koron rocznie oraz obok tego kwotę, potrzebną na zapłacenie taks egzaminacyjnych i promocyjnych; wreszcie po otrzymaniu dyplomu pozostającą po potrąceniu pobranych stypendyów i taks resztę kwoty 6000 koron.

* Ministeryum spraw wewn. przystępuje do stworzenia kursów dopełniających dla lekarzy, pozostających w służbie publicznej. Kursa te odbywać się będą w Wiedniu (dlaczego tylko w Wiedniu?). Pierwszy, — sześciotygodniowy, — rozpocznie się w połowie października r. b. i obejmie: wykłady z zakresu higieny z ćwiczeniami praktycznemi i nauką o odkażaniu, wykłady o badaniu środków spożywczych z ćwiczeniami, epidemiologię i leczenie surowicami oraz kurs szczepienia z odpowiedniemi ćwiczeniami i demonstracyami, praktyczny kurs bakteryologii i wreszcie wykłady z zakresu ustaw sanitarnych austr. W kursie może tym razem uczestniczyć tylko 12 zamiejscowych lekarzy rządowych, którzy otrzymają w tym celu urlopy, zwrot kosztów podróży i dyety po 10 koron dziennie. Miasta z własnym statutem mogą prosić o dopuszczenie swoich lekarzy do kursów.

* W dziennikach politycznych pojawiła się wiadomość, że wkrótce na uniwersytetach austryackich będzie wolno uczęszczać kobietom na wydział lekarski, jako słuchaczkom zwyczajnym.

* »Royal College of Surgeons of England« w Londynie obchodziło 26 lipca b. r. setną rocznicę swego istnienia.

Bibliografia Fr Ernst: Choroby nosa i gardła, znaczenie ich dla całego ustroju, oraz wpływ ich na głos. (Wykłady popularne). W. Köllner: Berlin i Lipsk, 1899.

Autor należy do szeregu tych lekarzy, którzy rozumiejąc doniosłość zapobiegania chorobom, starają się przez szerzenie wiadomości popularno-naukowych zjednać współdziałanie publiczności nielekarskiej w zastosowaniu środków profilaktycznych. Na wstępie podaje autor krótki szkic anatomii i fizyologii górnych dróg oddechowych. Przedstawienie więcej szematyczne i w grubych zarysach byłoby w tej części ze względu na cel książki pożyteczniejsze, niż opis zawikłanych stosunków anatomicznych i obrazy wziernikowe, podane przez autora. Natomiast podał autor fizyologię zupełnie celowi odpowiednio i dobrze objaśnił mechanizm mowy i śpiewu. Dalej opisuje autor najczęstsze choroby górnych dróg oddechowych z uwzględnieniem ich przyczyn i sposobów zapobiegania. Wykłady końcowe poświęcone są wyłącznie objaśnieniu stosunków, na których polega prawidłowy śpiew i wyłuszczeniu szkodliwości, na które głos jest narażony z powodu różnych chorób poszczególnych narządów i całego ustroju. Mimo popularnego charakteru książki znajduje się w niej sporo szczegółów, godnych uwagi lekarza.

Spira.

Mianowania i odznaczenia. Mianowani: Dr. J. Wyllie prof. klin. lekarskiej w Edynburgu w miejsce zmarłego Grainger-Stewarta; Dr. Thorington prof. okulistyki w Filadelfii.

Nekrologia. Dr. Leon Ziemiański zmarł d 21 lipca b. r. w Przemyślu po długiej i ciężkiej słabości. Ze śmiercią ś. p. Dra Ziemiańskiego znikła jedna z wybitnych i znanych postaci Przemyśla, znikła cząstka znaczna historyi tego miasta, bo ś p. Dr. Ziemiański nie tylko był świadkiem rozwoju, ale brał czynny udział we wszystkich znaczniejszych sprawach, dotyczących Przemyśla. Urodzony w r. 1841 w Brzozowie, do szkół gimnazyalnych chodził w Przemyślu, po skończonych studyach uniwersyteckich w Krakowie i Wiedniu osiedlił się jako wolno praktykujący lekarz, i oprócz pracy obowiązkowej poświęcił się sprawom publicznym. Jako członek Dyrekcyi kasy oszczędności od samego jej początku, Rady gminnej i asessor Magistratu, Rady powiatowej, spełniał obowiązki obywatelskie sumiennie, a będąc charakteru prawego musiał często walczyć w obronie prawdy, słuszności i sprawiedliwości. Zato też nieraz musiał wiele cierpieć, wiele znosić. Mimo to wytrwał na powierzonych stanowiskach prawie do ostatka. Dopiero ciężka słabość zmusiła go do odpoczynku. Pogrzeb odbył się przy licznym udziale duchowieństwa, przedstawicieli władz, rozmaitych instytucyi i publiczności Na cmentarzu krótko, ale serdecznie i podniośle przemówił imieniem lekarzy Dr. Rościszewski. Mowca podniósł wiedzę i cnoty zmarłego, jako wzór i zachętę dla żyjących. Pamięci szlachetnego, zacnego człowieka, prawego Polaka, zasłużonego wielce obywatela grodu naszego, dobrego ojca rodziny cześć w pokolenia, a spokój duszy Jego!

Dr. Z. Dzk.

Zmarli: Znany chemik prof. Kjeldahl zginął pod Hilleröd, usiłując wyratować tonące dziecko; prof. terapii Leech w Manchester; prof chirurgii na czeskiej wszechnicy w Pradze Michl.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich. *Postęp okulistyczny (Lipiec):* J. Strzemiński: Przyczyny i leczenie gradówki (chalazion). B. Wicherkiewicz: Jeszcze o syfilitycznem zapaleniu rogówki *Gazeta lekarska* Nr. 31: J. Muttermilch: O istocie tak zw. „zapaleń przewlekłych“. S. Oppenheim: Kilka przypadków z praktyki laryngologicznej. *Medycyna* Nr. 31: F. Neugebauer: 17 cięć brzusznych o zejściu pomyślnem przy skręceniu szypuły nowotworów wewnętrznych narządów płciowych kobiecych.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.